

La Solicitud para Obtener
Beneficios por Motivo de
Enfermedad Viene Incluida
en Este Librete

Beneficios de Enfermedad Para Empleados Ferroviarios



Los Estados Unidos de America
Junta de Jubilación Ferroviaria
Visite Nuestro Web site en <http://www.rrb.gov>

Formulário UB-11S

INDICE

	Página	Página	
Introducción	1	Reconsideración y Renuncia	
		Derechos de Empleados	5
		Derechos de Empleadores	5
Requisitos de Calificación	2	Quando Beneficios de Enfermedad	
		Son Atribuibles	5
Monto y Duración de Beneficios		Instrucciones para Completar los	
Período de Espera	2	Formulários	
Beneficios Normales	2	Instrucciones Generales	5
Beneficios Extendidos	2	Informaciones Importantes	6
Beneficios Acelerados	2	Solicitud para Recibir Beneficios	
Tasa de Beneficios Diários	2	por Motivo de Enfermedad	
Número de Días de		(SI-1a)	6
Enfermedad	3	Declaración Acerca de una	
Deducciones de Impuesto		Enfermedad (SI-1b)	8
De Grada I	3	Declaración Acerca de Autoridad	
		para Representar a un	
Requisitos para la Elegibilidad	3	Empleado (SI-10)	8
		Reclamación para Recibir Benefi-	
Declaraciones Médicas	3	cios por Motivo de Enferme-	
		dad (SI-3)	9
		Notificaciones:	
Pagos por Motivo de Enfermedad		Ley Acerca de la Privacidad	10
y Beneficios Suplementales		Aparejamiento por Computadores	
de Enfermedad	4	y la Ley Acerca de la Protección de	
		la Privacidad	11
Descalificaciones		Ley Acerca de la Reducción de	
Asignación por Motivo de		Papeleo	11
Separación	4	No-Discriminación Tomándose en	
Reclamación Falsa o		Cuenta una Incapacitación	11
Fraudulenta	4		
Beneficios Bajo Otras			
Leyes	4		
Examen Médico	4		
		Línea de Ayuda de la Junta de Jubilación	
Reducciones de Beneficios	4	Ferroviária	12
		Recordatários Importantes .. (Dentro de la Portada Trasera)	
Acuerdos Acerca de Lesiones		Línea de Emergencia Sobre Fraude Y	
Personales	5	Abusos	(Dentro de la Portada Trasera)

INTRODUCCIÓN

EN CASO DE QUE UD. ESTÉ ENFERMO O LASTIMADO, Ud. podrá estar elegible para recibir beneficios de enfermedad por parte de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Este librete provee informaciones acerca de los requisitos para recibir beneficios por motivo de enfermedad, el monto de beneficios pagables y los procedimientos necesarios para reclamar por beneficios.

Para poder recibir beneficios por motivo de enfermedad, Ud. deberá completar y registrar el *Formulario SI-1a/b, Solicitud para Obtener Beneficios de Enfermedad*, dentro de 10 días a partir del primer día por el cual Ud. desee reclamar por beneficios. Una solicitud es considerada como siendo registrada en el día en el cual ella sea recibida por la RRB; en caso de que Ud. llegue a registrarla tardíamente, Ud. podrá perder beneficios.

Para informarse acerca de otras calificaciones acerca de beneficios por motivo de enfermedad véase la sección: "Requisitos para la Elegibilidad" en la página 3.

Ud. podrá **recibir beneficios de desempleo** en caso de que Ud. esté capacitado para trabajar pero esté desempleado. Tales beneficios vienen descritos en un librete separado, titulado: "*UB-10, Beneficios de Desempleo para Empleados Ferroviarios.*"

<p>IMPORTANTE: <i>En caso de que Ud. no encuentre una solicitud incluida en este librete o en caso de que Ud. desee obtener una copia del librete UB-10, entre en contacto con cualquier oficina de la RRB, su empleador ferroviario, su organización laboral, un oficial de un sindicato o a través del Web site RRB: www.rrb.gov.</i></p>

Este librete contiene informaciones generales y no tiene el efecto de una ley, regulación o reglamento. Ciertas excepciones, limitaciones y casos especiales no están cubiertos. En caso de que Ud. tenga cualesquier preguntas acerca de beneficios de enfermedad o de desempleo, entre en contacto con la oficina más cercana de la RRB. Al comunicarse por escrito con la RRB, asegúrese de incluir el número de su seguro social.

Requisitos de Calificación Año Base - Año de Beneficios

Solamente empleados calificados podrán recibir beneficios bajo la Ley de Seguros de Desempleo Ferroviario. Un año nuevo de beneficios comienza cada 1er de Julio. Para calificarse para recibir beneficios en un año de beneficios, Ud. deberá tener ingresos ferroviarios, fidedignos y atribuibles en el año fiscal precedente (**año base**), contando con no más de un cierto monto en cualquier mes. Además, un nuevo empleado deberá haber desempeñado servicios ferroviarios en por lo menos 5 meses de su primer año de trabajo para así poder estar elegible para recibir beneficios en el próximo año de beneficios.

El monto de beneficios necesarios para poder calificarse para recibir beneficios en un año de beneficios dependerá de la base de compensación mensual en un año base. Un empleado deberá tener ingresos de año base de no menos que 2½ veces la base de compensación mensual aplicable a meses en aquel año base. Mientras que la base de compensación aumente, el monto de compensación necesario para poder calificarse para recibir beneficios también aumentará.

Ejemplo Año de Beneficios Comenzando en el 1er de Julio, 2002

Ingresos Necesarios en el Año Base - \$2,625.00 en 2001 ($2\frac{1}{2} \times \$1,050.00 = \$2,625.00$). En caso de que 2001 haya sido su primer año de trabajo ferroviario, Ud. también deberá haber desempeñado servicios ferroviarios durante 5 meses en 2001.

En este ejemplo, \$1,050.00 es la base de compensación mensual para el año base 2001. La base de compensación mensual para el año base 2002 es \$1,100.00.

Entre en contacto con su oficina local de la Junta de Jubilación Ferroviaria en caso de que Ud. necesite obtener informaciones acerca de la base de compensación mensual para otros años.

Monto y Duración de Beneficios

Período de Espera

Para poder satisfacer el requisito de un período de espera de una semana, ningún beneficio será pagable por los primeros 7 días de enfermedad en su primera reclamación en un período de enfermedad continua, a no ser que Ud. ya haya servido un período de espera en el año de beneficios. Beneficios serán pagables por cada día sobrante de enfermedad en su primera reclamación. Por ejemplo, en caso de que Ud. llegue a reclamar todos los 14 días en su primera reclamación, se le pagarán a Ud. beneficios por 7 días. En caso de que Ud. esté elegible y sus reclamaciones sean continuas desde un año de beneficios hasta el otro, Ud. generalmente servirá solamente un periodo de espera en su período de enfermedad continua.

En caso de que Ud. tenga 4 días consecutivos de enfermedad y 5 días de enfermedad total, Ud. deberá registrar una reclamación para recibir beneficios. Aunque ningún beneficio le

será pagable a Ud. en caso de que esta sea su primera reclamación en el año de beneficios, su reclamación deberá ser llenada para así poder satisfacer el requisito del período de espera. En caso de que Ud. tenga más de 7 días de enfermedad en su reclamación del período de espera, beneficios le serán pagables a Ud. por el número de días de enfermedad además de 7. Después de su primera reclamación, beneficios le serán pagables a Ud. por todos los días además de 4 por otras reclamaciones en el año de beneficios.

Un "período de enfermedad continua" significa (1) un período de días consecutivos de enfermedad, sea por una o más causas, o (2) un período de días sucesivos de enfermedad debido a una única causa sin interrupción de más de 90 días consecutivos los cuales no sean días de enfermedad.

Beneficios Normales

Ud. podrá recibir beneficios normales por hasta 130 días (26 semanas) en un año de beneficios, pero sus beneficios no podrán exceder sus ingresos de año base contando no más de un monto prescrito por cualquier mes. Derechos de beneficios serán agotados cuando un año de beneficios termine (normalmente en el 30 de Junio) o antes en caso de que pagos de beneficios sean iguales a los ingresos atribuibles al año base.

Ejemplo

Para la finalidad de determinar los beneficios normales máximos pagables en el año general de beneficios comenzando en el 1er de Julio de 2002, ingresos mensuales de hasta \$1,356.00 son contados para meses en el año base 2001. Para el año base 2002, la base de compensación mensual para beneficios máximos es \$1,421.00.

Beneficios Extendidos

En caso de que Ud. haya desempeñado 10 o más años de servicios y llegue a agotar sus beneficios normales de enfermedad, Ud. podrá estar elegible para recibir beneficios extendidos por hasta 65 días (7 períodos consecutivos de 14 días de reclamaciones teniendo 10 días pagables en cada uno). También, en caso de que Ud. no esté calificado para recibir beneficios en el año actual de beneficios, pero recibió beneficios normales en el año previo, Ud. todavía podrá estar elegible para recibir beneficios extendidos.

Para calificarse para recibir beneficios extendidos, Ud. no podrá haberse jubilado voluntariamente. Beneficios extendidos de enfermedad no serán pagables así que Ud. alcance la edad de 65 años.

Beneficios Acelerados

Bajo ciertas provisiones especiales, en caso de que Ud. haya desempeñado 10 o más años de servicios, Ud. podrá recibir beneficios antes de la fecha de comienzo regular de un año de beneficios. Para calificarse, Ud. deberá estar calificado para el próximo año de beneficios, pero no el año actual. Ud. también deberá tener 14 o más días consecutivos de enfermedad y no haberse jubilado voluntariamente. Beneficios acelerados de enfermedad no le serán pagables a Ud. así que Ud. alcance la edad de 65 años.

Tasa de Beneficios Diarios

Su tasa de beneficios diarios es de 60 por ciento de la tasa de pago diario válida para su último empleo en el año base, pero no menos de \$12.70 por día o más de 5 por ciento de la base de compensación mensual.

Por ejemplo, la base de compensación mensual para 2001, es \$1050.00, lo que resulta en una base diaria máxima de beneficios de \$52.00 para períodos comenzando después del 30 de Junio de 2002. Tal tasa aumenta a \$55.00 por períodos comenzando después del 30 de Junio de 2003. La tasa máxima diaria de beneficios está sujeta a aumentos bajo las reglas del índice de gráficos estadísticos representando el aumento en el promedio de los sueldos nacionales. Entre en contacto con su oficina local de la Junta de Jubilación para Ferroviarios en caso de que Ud. necesite informaciones acerca de las tasas máximas de beneficios para otros períodos.

Su tasa de pago diario es la tasa de pago por el número de horas acostumbrado, incluyendo cualesquier asignaciones de ajuste al costo de vida, pero no incluyendo pago extra por horas de trabajo extra u otro tipo de pago extra.

Para empleados trabajando en el sistema de kilometraje en servicios de trenes y locomotivas, la tasa por horas de trabajo acostumbrado es la tasa de pago por el número de millas en un día de trabajo básico, dependiendo de la ocupación y clase de servicio. Ingresos por millas corridas arriba del número de millas en un día de trabajo básico no cuentan.

Número de Días de Enfermedad

Después de haber satisfecho el requisito de espera del año de beneficios, beneficios generalmente serán pagados por días de enfermedad además de 4 en períodos de reclamación de 14 días.

Deducciones de Impuestos de Grada I

Con excepción de beneficios pagados por lesiones ocurridas en el trabajo, beneficios de enfermedad están sujetos a impuestos ferroviarios de Grada I en caso de que sean pagados dentro de 6 meses después del último mes en el cual Ud. haya trabajado. Deducciones de impuestos de Grada I reducen el monto de beneficios pagables por una reclamación.

Requisitos para la Elegibilidad

Para poder recibir beneficios de enfermedad Ud. deberá:

- **Estar incapacitado de trabajar** debido a una enfermedad, lesión, un embarazo, o el nacimiento de un/a hijo/a;
- **No haber recibido ingresos, sueldos, pago por tiempo perdido, pago de vacaciones, pago por días de fiesta, pago por servicio de reservista militar, pago bajo un plano de continuación de sueldo, pago por una enfermedad u otro tipo de remuneración por parte de algún empleo ferroviario o no-ferroviario** por los días los cuales Ud. esté reclamando por beneficios. Ud. deberá declarar tal pago en su reclamación. Sin embargo, pagos hechos bajo su propia póliza de seguros médicos o contra accidentes, o póliza de seguros de grupo, o bajo un plano suplemental de beneficios de enfermedad administrado por su empleador o una compañía de seguros no impedirán el pago de beneficios de enfermedad y no deberán ser declarados en sus formularios de reclamaciones (véase la sección **Pagos por Motivo de Enfermedad y Beneficios Suplementales de Enfermedad** en la página 4);

- **Obtener una solicitud para recibir beneficios de enfermedad** desde su empleador, organización laboral u oficina de la Junta de Jubilación Ferroviaria.
- **Pedir a su médico que complete una declaración acerca de una enfermedad** para corroborar los hechos contenidos en su reclamación para recibir beneficios de enfermedad; y
- **Completar y registrar la solicitud** para recibir beneficios de enfermedad dentro de 10 días a partir del primer día en el cual Ud. se quede enfermo o lastimado. Ud. podrá llegar a perder beneficios en caso de que Ud. la registre tardamente. Una solicitud será considerada como siendo registrada en el día en el cual ella sea recibida por cualquier oficina de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Declaraciones Médicas

Para poder recibir beneficios por motivo de enfermedad, Ud. deberá pedir a su médico que complete una declaración acerca de una enfermedad, corroborando su reclamación. Además, se le podrá demandar de Ud. que pida a su médico que provea informaciones adicionales (suplementales) a la Junta de Jubilación Ferroviaria para que así Ud. pueda continuar a recibir su pagos de beneficios por motivo de enfermedad. La frecuencia de informaciones suplementales médicas requeridas dependerá de varios factores incluyendo cuando Ud. espere regresar al trabajo. Para poder determinar cuando Ud. podrá regresar al trabajo, tendremos que considerar su diagnóstico, condición médica, edad, ocupación normal y el período estimado de incapacitación previamente proveído por su médico a la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Una declaración acerca de una enfermedad podrá ser completada por:

- Un médico licenciado experiente en diagnósticos médicos y quirúrgicos ;
- Un dentista licenciado en casos de enfermedades relacionadas a muelas y encías;
- Un podiatra licenciado en caso de que la enfermedad esté relacionada con los pies;
- Un quiropráctico licenciado;
- Un médico licenciado en psicología clínica;
- Una enfermera/partera certificada en casos de embarazos, abortos o partos;
- Un supervisor jefe u otro tipo de oficial supervisor en un hospital, clinica u organización similar;
- Un profesional en Ciencia Cristiana;
- Una Ayudante Médico Certificado; o
- Un/a enfermero/a profesional.

Pagos por Motivo de Enfermedad y Beneficios Suplementales de Enfermedad

Beneficios por motivo de enfermedad no serán pagables por cualquier día en el cual Ud. reciba pago por enfermedad por parte de su empleador. Sin embargo, beneficios le podrán ser pagables a Ud. en caso de que Ud. reciba beneficios suplementales de enfermedad por parte de su empleador o compañía de seguros. El pago por enfermedad es una continuación de parte o de todo su sueldo mientras que Ud. no esté capacitado de trabajar. El pago por enfermedad está generalmente sujeto a todas las deducciones regulares de nómina. Ud. deberá declarar pagos por motivo de enfermedad en su formulario de reclamación; el dejar de hacerlo podrá resultar en un sobrepago de beneficios por enfermedad por parte de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB), el cual Ud. deberá reembolsar.

Beneficios suplementales de enfermedad son distintos de pagos por enfermedad. Beneficios suplementales de enfermedad son pagos hechos por su empleador o una compañía de seguros con la finalidad de suplementar sus beneficios de la RRB y no están sujetos al impuesto de jubilación de Grada II. Beneficios suplementales son pagados bajo planos sometidos por su empleador y aprobados por la RRB; no declare beneficios suplementales de enfermedad en su declaración. En caso de que Ud. sepa si pagos que Ud. esté recibiendo sean considerados suplementales bajo un plano aprobado por la RRB, entre en contacto con la oficina más cercana de la RRB para obtener ayuda.

Descalificaciones

Asignación por Motivo de Separación (indemnización por despido, adquisición de un porcentaje de acciones permitiendo control de una institución-buyout)

En caso de que Ud. haya recibido una asignación por motivo de separación por parte de su empleador, Ud. no podrá recibir beneficios de **enfermedad** por aproximadamente el período de tiempo que Ud. tendría que trabajar para ganar tal monto igual a la asignación.

Reclamación Falsa o Fraudulenta

Ud. será descalificado para ambos los beneficios de **desempleo** y de **enfermedad** por un período de 75 días en caso de que Ud. haya hecho una declaración falsa o fraudulenta o en caso de que Ud. registre un reclamación falsa o fraudulenta para recibir beneficios. Ud. también podrá estar sujeto a una multa o a un encarcelamiento. La Junta de Jubilación Ferroviaria efectúa averiguaciones, incluyendo averiguaciones a través del aparejamiento por computadores por parte de agencias Estatales y Federales bien como ferrovías, para así poder descubrir reclamaciones fraudulentas para obtener beneficios.

Beneficios Bajo Otras Leyes

Ud. estará descalificado de recibir beneficios de seguros por motivo de enfermedad por cualquier día en el cual Ud.:

- Reciba beneficios de enfermedad bajo cualquier otra ley; o
- Reciba beneficios de desempleo bajo la Ley de Seguros de Desempleo Ferroviario o cualquier otra ley similar.

Examen Médico

En ciertas situaciones se le podrá demandar de Ud. que sea examinado por un médico seleccionado por la Junta de Jubilación Ferroviaria. En caso de que Ud. deje de someterse al examen médico, que se le pida a Ud., Ud. podrá quedarse descalificado de recibir beneficios de enfermedad.

Reducciones de Beneficios

Beneficios no le serán pagables a Ud. en el monto total en caso de que Ud. también esté recibiendo:

- Beneficios del seguro social,
- Una pensión anualidad, u otro pago por motivo de jubilación bajo una ley Federal, Estatal o local (tal como una anualidad de jubilación ferroviaria, una pensión de la policía o del cuerpo de bomberos, etc.),
- Ciertos pagos de compensación para trabajadores, o
- Cualquier otro tipo de seguro social bajo bajo cualquier otra ley.

En caso de que Ud. llegue a satisfacer los otros requisitos para la elegibilidad, Ud. podrá llegar a recibir beneficios solamente en el monto por el cual sus beneficios de enfermedad excedan los otros pagos.

Asegúrese de declarar totalmente tales otros pagos en cada reclamación que Ud. llegue a registrar. En caso de que Ud. no lo haga, se le podrá requerir de Ud. más tarde que reembolse beneficios. En caso de que los otros pagos le sean otorgados a Ud. después que Ud. haya reclamado por beneficios de enfermedad, pero cubran algunos o todos mismos días, entre en contacto inmediatamente con la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) acerca de un arreglo para repagar los beneficios que Ud. haya recibido.

En caso de que se le otorgue a Ud. una anualidad bajo la Ley de Jubilación Ferroviaria por aquellos días por los cuales ya se le hayan pagado a Ud. beneficios de enfermedad, Ud. deberá reembolsar algunos o todos sus beneficios que le hayan sido pagados a Ud. Por lo general, el monto que Ud. deberá repagar será deducido de su anualidad acumulada. Su carta de otorgación de la anualidad o notificación de un ajuste en su anualidad indicará el monto de cualesquier beneficios de enfermedad retenidos. Verifique el monto comparándolo con el monto de beneficios de enfermedad que Ud. recibió por el mismo período. Entre inmediatamente en contacto con su oficina local de la RRB en caso de que Ud. crea que el monto retenido haya sido incorrecto. Se le demandará de Ud. que reembolse beneficios a la RRB en caso de que el monto total no haya sido retenido de su anualidad acumulada.

Acuerdos Acerca de Lesiones Personales

Ud. podrá llegar a recibir beneficios por cualquier tipo de lesión o enfermedad no obstante donde ocurra en o afuera de su trabajo; sin embargo, en caso de que se le ofrezca a Ud. un acuerdo o en caso de que Ud. llegue a recibir indemnizaciones como resultado de la lesión o enfermedad, el monto de sus beneficios deberá ser reembolsado a la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Esto será aplicable aún en casos de que algún Estado posea alguna ley de "inexistencia de culpa." La RRB normalmente notificará a la persona/entidad responsable, y la persona o compañía efectuando el acuerdo o quien esté pagando las indemnizaciones usualmente reembolsarán el monto debido a la RRB. Sin embargo, en caso de que no se le reembolse totalmente a la RRB en la ocasión del acuerdo, se le demandará de Ud. que Ud. repague los beneficios a la RRB.

Verifique la exactitud de los montos de beneficios retenidos desde su acuerdo verificando su propio registro de pagos hechos por la RRB o entrando en contacto con la RRB. Notifique inmediatamente a la RRB en caso de que Ud. crea que el monto correcto no haya sido retenido desde su acuerdo.

Reconsideración y Renuncia

Derechos de Empleados

Reconsideración - En caso de que Ud. **no esté de acuerdo** con cualquier decisión negándole a Ud. sus beneficios o con alguna decisión relacionada a un sobrepago, Ud. podrá solicitar una **reconsideración**. Su solicitud deberá ser hecha por escrito y deberá explicar el motivo de su desacuerdo. En caso de que Ud. llegue a solicitar una reconsideración, su solicitud deberá ser recibida por una oficina de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) dentro de 60 días a partir de la fecha de notificación acerca de una decisión adversa. Asegúrese de haber firmado su nombre y de haber incluido su número del seguro social en su solicitud.

Renuncia - Ud. podrá solicitar una **renuncia de recobro** de su sobrepago solamente en caso de que Ud. haya satisfecho **TODAS** las siguientes condiciones:

1. El monto del sobrepago es más de 10 veces la tasa actual máxima de beneficios diarios;
2. Ud. no fue culpable en causar el sobrepago y
3. El recobro le causaría a Ud. una privación financiera de tal manera que Ud. no podría cuidar de sus gastos comunes y ordinarios de vivienda o el recobro sería injusto por algún otro motivo.

En caso de que su solicitud de renuncia sea recibida en una oficina de la RRB dentro de 60 días a partir de la fecha de la carta de notificación informándole acerca de su deuda, nosotros no recobramos el sobrepago hasta que una decisión sea hecha acerca de su solicitud.

Derechos de Empleadores

La Ley de Seguros de Desempleo Ferroviario requiere que la RRB notifique a su(s) empleador(es) de año base cada vez que Ud. registre una reclamación para recibir beneficios

y para dar al empleador una oportunidad para someter informaciones pertinentes a su reclamación antes que la RRB haga una determinación inicial acerca de la reclamación. La RRB también tendrá que notificar a su empleador cada vez que beneficios le sean pagados a Ud. Su empleador podrá apelar la decisión acerca del pago de beneficios. La apelación no impedirá el pago oportuno de los beneficios. Sin embargo, se le podrá exigir de Ud. que Ud. repague beneficios en caso de que la apelación sea exitosa.

Cuando Beneficios por Motivo de Enfermedad son Atribuibles

Beneficios por motivo de enfermedad pagados bajo la Ley de Seguros de Desempleo Ferroviario, con excepción de beneficios de enfermedad pagados por una lesión ocurrida durante el trabajo, son considerados como siendo ingresos para fines del impuesto de renta Federal. Cada año, de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) envía el Formulario W-2, La Declaración de Sueldos e Impuestos, indicando el monto de beneficios de enfermedad pagados durante el año fiscal precedente. El monto indicado en el Formulario W-2 es el monto de beneficios pagables antes de la deducción de Grada I del impuesto de jubilación ferroviaria. El monto incluye beneficios pagables pero retenidos para compensar por una deuda debida al RRB. Un Formulario W-2 no será emitido en caso de que todos los beneficios pagados a un empleado hayan sido hechos debido a una lesión ocurrida en el trabajo. Un Formulario W-2 **tampoco** será emitido en caso de que todos los beneficios pagados a un empleado en un año fiscal sean repagados en el mismo año.

Ud. podrá registrar el Formulario W-4s, Retención Voluntaria de Impuestos en la oficina más cercana de la RRB en caso de que Ud. desee que la RRB retenga impuestos de renta Federales desde sus beneficios. Para cambiar o terminar tal retención, Ud. deberá llenar un otro Formulario W-4s y registrarlo con la RRB. El Formulario W-4s estará disponible así que Ud. lo solicite del Servicio de Impuesto de Renta.

La Ley de Seguros de Desempleo Ferroviario exime específicamente ventajas de enfermedad del ferrocarril del impuestos sobre la renta del estado.

Instrucciones para Completar Formularios

Instrucciones Generales

Llene y complete todos los ítems escribiendo con letras de molde claramente, usando un bolígrafo o una máquina de escribir. No omita ningún ítem a no ser que se le pida a Ud. que lo haga. En caso de que Ud. necesite más espacio para responder una pregunta, incluya una hoja de papel separada. **Asegúrese de haber firmado su nombre y de fechar el formulario antes de enviarlo por correo.** Pida a su médico que complete el *Formulario SI-1b, Declaración de Enfermedades*. **No separe los formularios.**

Lea las siguientes instrucciones cuidadosamente antes de completar su solicitud. En caso de que su solicitud no sea completada correctamente, sus beneficios

podrán ser retardados. Entre en contacto con su oficina local de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) si Ud. tiene cualesquier preguntas o necesite ayuda para completar el formulario.

Informaciones Importantes

El formulario completado y firmado deberá ser recibido por una oficina de la RRB dentro de 10 días a partir del primer día por el cual Ud. desee reclamar por beneficios. Ud. podrá llegar a perder beneficios en caso de que su solicitud sea registrada tardíamente. En caso de que Ud. esté enviando el formulario tardíamente, incluya una explicación a respecto.

Así que su solicitud sea procesada, un formulario de reclamación le será enviado a Ud. para que Ud. lo complete. Ud. deberá completar y devolver la reclamación a la oficina de la RRB cuya dirección aparezca en la reclamación. Una notificación acerca de la reclamación será entonces enviada a su empleador. Una reclamación para el próximo período de 14 días le será enviada a Ud. por correo en el, o a eso del, último día del período cubierto por la reclamación.

Solicitud para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad (Formulario SI-1a)

SECCIÓN A - Informaciones Identificadoras

Ítems 1 - 6 se explican por sí solos.

SECCIÓN B - Informaciones Acerca de una Enfermedad y Acerca de un Empleo

Ítem 7 se explica por sí solo.

Ítem 8 - Imprima la fecha en la cual Ud. trabajó por la última vez para su empleador ferroviario antes de la fecha en la cual Ud. desee que su reclamación para recibir beneficios de enfermedad comience. En caso de que Ud. ya se haya recuperado de su enfermedad y ya haya regresado a su trabajo, marque la fecha en la cual Ud. regresó al trabajo en el ítem 19 en la página opuesta del formulario.

Ítems 9 y 10 - se explican por sí solos.

Ítem 11 - Imprima el título de su empleo. Por ejemplo, "Road Brakeman" (Guardafrenos).

Ítem 12 - Imprima el departamento de la ferrocarril donde Ud. trabaja. Por ejemplo, Servicio de Trenes y Locomotivas.

Ítem 13 A-C - Complete este ítem en caso de que Ud. trabajó para un empleador no-ferroviario o por cuenta propia después del último día en el cual Ud. haya trabajado para un empleador ferroviario.

- **Ítem 13A** - Imprima el nombre de la compañía para la cual Ud. haya trabajado más recientemente. Por ejemplo, "Acme Accounting."
- **Ítem 13B** - Imprima el título de su empleo. Por ejemplo, "Contador."

- **Ítem 13C** - Imprima la fecha en la cual Ud. trabajó por la última vez fuera de la industria ferroviaria **antes** de la fecha en la cual Ud. quiere que comience su primera reclamación para recibir beneficios por motivo de enfermedad. En caso de que Ud. ya se haya recuperado de su enfermedad y ya haya regresado a su trabajo, marque la fecha en la cual Ud. regresó al trabajo en el ítem 19 en la página opuesta del formulario.

SECCIÓN C - Informaciones Acerca de Accidentes y Seguros **Ítems 14 y 15A** se explican por sí solos.

Ítem 15B - Imprima la ubicación donde ocurrió su lesión o enfermedad. Por ejemplo, "Hwy 51/County Rd 12, Toledo, Ohio."

Ítem 15C - Marque "Sí" en caso de que Ud. se haya lastimado en un accidente con vehículos.

Ítem 15D - Complete las siguientes informaciones acerca de todos los vehículos implicados en el accidente además de su propio vehículo.

Propietario del Carro - Inscriba el nombre y dirección completa del propietario del otro vehículo implicado en el accidente.

Conductor - Inscriba el nombre y dirección completa del conductor del otro carro o vehículo implicado en el accidente.

En caso de que más de un otro vehículo hayan sido implicados, provea informaciones para todos los vehículos en una hoja de papel separada.

Compañía de Seguros - Inscriba el nombre y dirección completa de la compañía de seguros del propietario del otro vehículo implicado en el accidente.

Informaciones acerca de la Póliza - Inscriba el número de la póliza de la póliza de seguros perteneciente al propietario del otro vehículo y el número de reclamación asignado por la compañía de seguros en caso de que Ud. lo sepa.

SECCIÓN D - Informaciones Acerca de la Reclamación para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad

Su primera reclamación para recibir beneficios de enfermedad está contenida en los ítems 16 a 20 en su Solicitud para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad. Después que su solicitud y reclamación hayan sido recibidas y procesadas, su próxima reclamación para recibir beneficios por motivo de enfermedad le será enviada a Ud.

Ítem 16 se explica por sí solo.

Ítem 17 - Marque "Sí" en caso de que Ud. desee reclamar cada día desde la fecha que Ud. marcó en el ítem 16 hasta la fecha actual como siendo un día de enfermedad. Marque "No" en caso de que Ud. no desee reclamar cada día. Recuérdese que Ud. no podrá reclamar beneficios por cualquier día en el cual Ud. haya trabajado o de otro modo haya ganado sueldos pagos por día de fiesta, pago por vacaciones, pago por motivo de enfermedad (excluyendo beneficios suplementales por motivo de enfermedad) u otro tipo de pago. Esto incluye pagos por trabajo de tiempo

completo y tiempo parcial, sean en un empleo ferroviario o no-ferroviario, y de trabajo por cuenta propia. Ud. podrá reclamar por días de descanso en los cuales Ud. haya estado enfermo o lastimado y por los cuales Ud. no llegue a recibir pago por parte de su empleador.

Ítem 18 - En caso de que Ud. marcó "No" en el ítem 17, marque las fechas por las cuales Ud. no desea reclamar por beneficios.

Ítem 19 - En caso de que Ud. se haya recuperado de su enfermedad y ya haya regresado a su trabajo, marque la fecha aquí. Sin embargo, en caso de que Ud. haya trabajado uno o más días, pero entonces continuó a estar incapacitado de trabajar, no marque una fecha en este ítem. Por ejemplo, en caso de que Ud. haya intentado de regresar al trabajo pero se dió cuenta que Ud. no pudo seguir trabajando, indique los días en los cuales U. trabajó y recibió un sueldo en el ítem 18, pero no marque una fecha en el ítem 19.

Ítem 20 A-C - Ud. deberá completar todos los cuadros para indicar los tipos de pagos, si es que haya algún, que Ud. haya recibido o recibirá por días en el período de la reclamación. Inscriba una marca de verificación al lado de cada pago que Ud. haya recibido o va a recibir y provea las fechas y/u otras informaciones solicitadas acerca del pago. Los tipos de pagos serán explicados a seguir.

A. Sueldos - Sueldos son aquellos pagos. que Ud. recibe por parte de su empleador ferroviario, por parte de un empleador no-ferroviario o de trabajo por cuenta propia por servicios desempeñados por Ud. Beneficios no le serán pagables a Ud. por cualquier día en el cual Ud. haya recibido un sueldo.

Pago Regular - Pago por tiempo trabajado incluyendo trabajo de tiempo completo y de tiempo parcial.

Pago por Vacaciones - Pago por días de vacaciones programadas o asignadas. Pago por vacaciones no incluye "pago en vez de vacaciones." En caso de que Ud. no sepa si el pago que Ud. recibió fue un "pago en vez de vacaciones," averigúelo con su oficina encargada de la nómina antes de completar este ítem.

Pago por días de Fiesta - Pagos hechos por parte de su empleador por un día de fiesta.

Pago por Servicios de Reservista Militar - Sueldos que le fueron pagados a Ud. por parte del Gobierno Federal basados en su servicio militar.

Pagos de Continuación de Sueldos - Salarios o sueldos pagados por su empleador ferroviario en la ocasión de una lesión ocurrida durante el trabajo. La finalidad de tales pagos es de continuar su sueldo o salario, y no de suplementar los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Los pagos están sujetos a deducciones normales de nómina.

Ingresos Originados de un Trabajo por Cuenta Propia - Pago por servicios desempeñados.

Pago por Motivo de Enfermedad, Hecho por Parte de Su Empleador - La continuación de

todos sus sueldos, o en parte mientras que Ud. esté imposibilitado de trabajar. El término "Pago por Motivo de Enfermedad" no incluye beneficios suplementales por motivo de enfermedad. Para obtener una explicación acerca de los beneficios suplementales por motivo de enfermedad, véase la página 4.

B. Pagos Gubernamentales - Pagos gubernamentales son anualidades y otros pagos que le hayan sido hechos a Ud. por parte de un Gobierno de un condado, de una ciudad, del Estado o por parte del Gobierno Federal. En caso de que Ud. esté recibiendo un pago gubernamental, marque el cuadro apropiado e indique la fecha del comienzo, el monto bruto y la frecuencia de los pagos. Para obtener una explicación acerca de como pagos gubernamentales afectan el pago de beneficios por motivo de enfermedad por parte de la RRB, véase la sección **Reducciones de Beneficios** en la página 5.

Beneficios por Motivo de Enfermedad o de Desempleo Bajo Cualquier Otra Ley - Beneficios que le hayan sido pagados a Ud. por motivo de una enfermedad o desempleo, por parte un gobierno de un condado, ciudad, o estado o por parte de cualquier otra agencia Federal.

Beneficios del Seguro Social - Beneficios que le hayan sido pagados a Ud. por la Administración del Seguro Social, excluyendo pagos suplementales de seguros de ingresos.

Jubilación Ferroviaria o Anualidad por Motivo de Incapacitación - Pagos mensuales que le son hechos a Ud. por parte de la RRB basados en su edad y servicios ferroviarios desempeñados o por motivo de incapacitación. Una anualidad de la RRB bajo la Ley de Jubilación Ferroviaria no es lo mismo que beneficios de enfermedad de la RRB.

Pago de Jubilación Militar - Una anualidad, pensión o pago por adelantado que le hayan sido pagados a Ud. por el Gobierno Federal basándose en su servicio militar.

Compensación para Trabajadores - Pagos por motivo de incapacitación que le hayan sido hechos a Ud. bajo una ley estatal en caso de que Ud. se haya lastimado en el trabajo.

Pagos de Jubilación Bajo Cualquier Otra Ley - Una anualidad o pensión que le haya sido pagada a Ud. por el gobierno de un condado, ciudad, estado o por parte del Gobierno Federal.

C. Otros Pagos - En caso de que Ud. esté recibiendo cualquier otro tipo de pago, marque el cuadro apropiado e indique la fecha del pago y quien le hizo tal pago a Ud.

Acuerdo o Indemnizaciones por Motivo de Lesiones Personales - Un pago recibido como resultado de un juicio o de un acuerdo sobre una reclamación acerca de una lesión personal contra su empleador ferroviario o alguna otra parte la cual Ud. haya declarado como siendo responsable por su lesión o enfermedad.

Adelantos - Un pago recibido en anticipación de un establecimiento de una demanda de los daños corporales contra su patrón del ferrocarril.

Asignación por Motivo de Separación ("Buyout" - Adquisición de un Porcentaje de Acciones Permitiendo el Control de una Institución; Pago de Indemnización por Despido) - Un pago recibido cuando Ud. se haya demitado, recibiendo un monto especificado de dinero. Los pagos también son referidos como siendo "buyouts" (por motivo de una adquisición de un porcentaje de acciones permitiendo el control de una institución) o pago de indemnización por motivo de un despido ("severance pay"). El pago podrá ser hecho en forma de un monto global o en abonos por motivo de su dimisión.

Ítem 21 - se explica por si solo.

SECCIÓN E - Informaciones Acerca del Depósito Directo

Ítem 22 - La Ley Federal requiere que la mayoría de los pagos Federales sea hecha por medio del Método del Depósito Directo. Con el Método del Depósito Directo, sus pagos de beneficios son enviados directamente a su banco, institución de ahorros y préstamos, unión de crédito, u otra institución financiera. Pagos son enviados electrónicamente, lo que ahorra dinero eliminando la necesidad de imprimir y enviar cheques por correo.

El Método de Depósito Directo posee muchas ventajas. Pagos por medio del Depósito Directo están generalmente disponibles entre 2 y 5 días más temprano que pagos hechos por medio de cheques. Ud. no tiene que preocuparse acerca de que un cheque se quede perdido, robado o extraviado y Ud. aún podrá estar afuera de su casa sin tener que preocuparse acerca de un cheque estar desprotegido en el buzón postal de su hogar. No hay que esperar por la entrega de un cheque por correo o de tener que arreglar una visita especial para ir a su banco.

Para proveernos las informaciones necesarias para que nosotros podamos depositar correctamente sus pagos de beneficios, le pedimos a Ud. que incluya un cheque nulo personal suyo con su solicitud. En caso de que Ud. no llegue a incluir un cheque personal nulo, llame su institución financiera pidiéndoles las informaciones necesarias para completar este ítem.

En caso de que Ud. cambie de bancos o de cuentas bancarias mientras que Ud. esté reclamando por beneficios, asegúrese de haber sometido un nuevo cheque personal nulo de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) para que así se pueda establecer el Depósito Directo en su nueva cuenta. No cierre su cuenta vieja hasta que Ud. llegue a recibir su primer pago de la RRB en su nueva cuenta.

Hay algunas excepciones las cuales permiten con que se hagan pagos por medio de cheques:

- En caso de que el recibir los pagos a través del Método de Depósito Directo le causaría a Ud. una privación debido al hecho de que Ud. tenga alguna incapacitación física o mental o debido a algún impedimento geográfico, lingüístico o algún obstáculo en su capacidad de leer o escribir; o

- En caso de que Ud. no tenga una cuenta de cheques o de ahorros en un banco o en alguna otra institución financiera; o
- En caso de que el hecho de recibir sus pagos electrónicamente le causaría a Ud. alguna privación financiera por motivo de costarle a Ud. más que el recibir sus pagos a través de cheques.

En caso de cualquier de estos casos se aplique a Ud., marque el cuadro en el ítem 22F.

SECCIÓN F - Certificación y Firma

Ítem 23 - Al firmar y fechar este ítem, Ud. estará certificando que las informaciones contenidas en el formulario son verdaderas, exactas y completas.

En caso de que el empleado enfermo o lastimado esté imposibilitado de firmar el ítem 23, la persona encargada de completar la solicitud deberá firmar el ítem 23 y completar el *Formulario SI-10, Declaración de Autoridad para Representar el Empleado.*

Declaración Acerca de una Enfermedad (Formulario SI-1b)

La Declaración Acerca de una Enfermedad deberá ser completada por su médico u otro proveedor médico profesional calificado (véase la sección acerca de **Declaraciones Médicas** en la página 3). En caso de que sea posible, diga al médico que complete la declaración mientras que Ud. todavía esté en su oficina, en vez de dejar el formulario para ser completado más tarde. Si Ud. tiene que dejar el formulario para que sea completado más tarde, explique a su médico que Ud. necesita este formulario para que así Ud. pueda recibir los pagos bi-semanales de beneficios y que el formulario tiene que ser recibido por la Junta de Jubilación Ferroviaria dentro de 10 días a partir del primer día en el cual Ud. se haya quedado enfermo o lastimado caso contrario Ud. podrá perder beneficios.

No separe la *Declaración Acerca de una Enfermedad* de su *Solicitud para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad.*

Declaración de Autoridad para Representar a un Empleado (Formulario SI-10)

No se requiere que un empleado complete el *Formulario SI-10, Declaración de Autoridad para Representar a un Empleado* en caso de que un empleado pueda firmar documentos o inscribir con una marca y quien comprenda transacciones relacionadas con su solicitud para recibir beneficios.

SECCIÓN 1 - Declaración de un Individuo Quien Está Representando a un Empleado

Esta sección deberá ser completada por aquel individuo quien haya firmado la *Solicitud para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad* y quien estará representando los intereses del empleado. En caso de que Ud. no esté relacionado al empleado consanguineamente o por matrimonio,

CLAIM FOR SICKNESS BENEFITS



090 112801 112901

120201 J SMITH

02 02 700 123-45-6789

1. This claim is for sickness benefits for the period shown below. To claim benefits, mark the box under each date with the appropriate code (X, E, P, or O).

X - Claimed day of sickness
(Including rest days)

P - Vacation, holiday, sick pay, or other pay from your employer
(Do not report supplemental sickness benefits)

E - Day employed (Include railroad, non-railroad, or self-employment)

O - Day not claimed, other reason

This claim is for
11-21-01 through 12-04-01

Mark each box with X, E, P, or O →

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4
X	X	X	X	X	X	X	P	P	X	E	E	O	O

indique cual sea su relacionamiento y también explique porque algún pariente no esté representando al empleado. Por ejemplo, el capataz de un empleado podrá explicar: "Mi relacionamiento a este empleado es que soy su capataz. Él no posee familia inmediata."

SECCIÓN 2 - Declaración del Médico del Empleado

Pida al médico del empleado que complete esta sección.

Reclamación para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad (Formulario SI-3)

Las siguientes instrucciones tienen que ver con los formularios de reclamaciones que le hayan sido enviados a Ud. por correo por parte de la Junta de Jubilación Ferroviaria. Lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar sus formularios de reclamaciones. El dejar de completar su reclamación correctamente podrá retardar los pagos de beneficios.

INFORMACIONES IMPORTANTES

Reclamaciones por días después de su primera reclamación (la cual viene incluida con su *Solicitud para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad*) le será enviada a Ud. por correo mientras que Ud. continúe imposibilitado de trabajar y siga estando elegible para recibir beneficios. Ud. deberá completar y devolver cada reclamación prontamente caso contrario, Ud. podrá perder beneficios. El período de tiempo permitido para registrar una reclamación, incluyendo el tiempo requerido para enviarla por correo, está limitado a 30 días a partir del último día del período de la reclamación, o 30 días a partir de la fecha en la cual el formulario de la reclamación le haya sido enviado a Ud., cualquier que sea el último.

En caso de que Ud. regrese a trabajar y pare de enviar reclamaciones para recibir beneficios, pero se quede enfermo o lastimado otra vez más tarde en un año de beneficios, Ud. deberá registrar una nueva *Solicitud para Recibir Beneficios*.

Ítem 1 - Este ítem indica los días en el período de la reclamación. Abajo de cada día del período de la reclamación, Ud. deberá inscribir el código de letra correcto mencionando si Ud. desea reclamar por beneficios para tal día o si Ud. trabajó, recibió pago por vacaciones, pago por día de fiesta u otro tipo de pago por parte de empleador, o en caso de que Ud. no desee reclamar por beneficios por alguna otra razón.

Recuérdese que Ud. no podrá reclamar por beneficios por cualquier día en el cual Ud. haya trabajado o ganado de otro modo, sueldos, pagos por vacaciones, pago por día de fiesta, pago por servicios de reservista militar, pago de continuación de sueldos, pago por motivo de enfermedad (excluyendo beneficios suplementales por motivo de enfermedad), u otro tipo de pago. Esto incluye pago por trabajo de tiempo completo o parcial sea en un empleo ferroviario o no-ferroviario.

Use los siguientes códigos de letras para indicar si Ud. esté reclamando por beneficios por los días contenidos en el período de la reclamación.

X - Marque una "X" en caso de que Ud. no haya trabajado en tal día, no va a recibir cualquier tipo de pago para tal día, y estuvo imposibilitado de trabajar debido a una lesión o a alguna enfermedad en tal día. Cualquier día para el cual Ud. marque una "X" será considerado como siendo un día de enfermedad por el cual Ud. esté reclamando beneficios.

Use una "X" para reclamar por días normales de descanso en los cuales Ud. no pudo trabajar. No reclame sus días de descanso en caso de que Ud. estuvo capacitado para trabajar, trabajó, o de otro modo recibió pago sea de un empleador ferroviario o no-ferroviario por tales días.

E - Marque una "E" en caso de que Ud. haya estado empleado sea por tiempo completo o por tiempo parcial en tal día. Incluya trabajo desempeñado sea para un empleador ferroviario o no-ferroviario y cualquier trabajo por cuenta propia.

P - Marque una "P" para cualquier día en el cual Ud. no haya estado empleado pero va a recibir un pago por parte de un empleador ferroviario o no-ferroviario.

Esto incluye pagos tales como pago por vacaciones, pago por día de fiesta, pago de continuación de sueldos, pago por motivo de enfermedad (excluyendo beneficios suplementales por motivo de enfermedad), pagos de garantías de saláridos diarios y pago por tiempo perdido.

No marque una "P" por aquellos días en los cuales Ud. llegue a recibir pagos bajo algún plano de beneficios suplementales por motivo de enfermedad pagados o financiados por su empleador, tales como beneficios pagados por Trustmark Insurance Company o Provident Life Insurance Company. Tales pagos son normalmente pagados además de sus beneficios por motivo de enfermedad por parte de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Para obtener una explicación acerca de la diferencia entre pago regular por enfermedades, el cual Ud. tiene que declarar y beneficios suplementales por motivo de enfermedad, véase la página opuesta de su formulario de reclamación o la sección **Pagos por Motivo de Enfermedad y Beneficios Suplementales por Motivo de Enfermedad** en la página 4 de este librete.

O - Marque una "O" para aquellos días en los cuales Ud. no haya trabajado y por los cuales Ud. no haya recibido ningún tipo de pago pero por los cuales Ud. no desee reclamar por alguna otra razón.

Un ejemplo de como se debe llenar los cuadros viene ilustrado arriba.

Ítem 2 - En caso de que Ud. se haya recuperado de su enfermedad y haya regresado al trabajo, marque "Si" y escriba la fecha aquí. En caso de que Ud. haya intentado de regresar al trabajo pero se dió cuenta que Ud. no estaba capacitado para continuar a trabajar, marque "No" y indique, en el ítem 1, los días en los cuales Ud. trabajó y recibió un sueldo pero no indique una fecha de regreso al trabajo en este ítem.

Ítem 3 - Este ítem ya viene pre-llenado con el nombre y la dirección de la oficina de la RRB. Envíe por correo la reclamación completada a tal oficina.

Ítem 4 - Este ítem ya viene pre-llenado con su nombre y dirección. En caso de que sea necesario, indique las correcciones de su nombre y dirección en el cuadro.

Ítem 5 - Véase el ítem 20 en la página 8 de este librete para obtener instrucciones acerca de como completar este ítem.

Ítem 6 - Al firmar y fechar este ítem, Ud. estará certificando que las informaciones contenidas en su formulario de reclamación son verdaderas y completas. No complete ni firme el formulario de reclamación antes del último día del período de la reclamación. En caso de que su reclamación sea recibida por la RRB antes del último día del período de reclamación, beneficios debidos a Ud. podrán ser retardados o negados a Ud..

informaciones pedidas de Ud. por de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) serán usadas para determinar si Ud. está elegible para recibir beneficios y el monto de beneficios pagables a Ud. Aunque el proveer informaciones, incluyendo su número del seguro social sea voluntario, la RRB no le podrá pagar por beneficios a Ud. sin tales informaciones. La autoridad de la RRB para solicitar informaciones está contenida en la sección 5(b) de la Ley de Seguros de Desempleo Ferroviario.

La RRB provee rutinariamente informaciones desde sus archivos para otras agencias gubernamentales y para otras personas o compañías (véase la lista abajo) con la finalidad de administrar la Ley de Seguros de Desempleo Ferroviario, La Ley del Seguro Social, u otros pagos de beneficios bajo leyes Federales o Estatales.

La RRB provee rutinariamente informaciones a los siguientes individuos, organizaciones y/u otras agencias:

1. El Departamento del Tesoro de los Ee. Uu., el Servicio Postal de los Ee.Uu., para emitir pagos de beneficios y para informar acerca de la no-entrega, falsificación, robo, o extravío de un pago de beneficios.
2. Una persona o compañía la cual sea declarada por el reclamante como siendo la otorgadora de un pago por tiempo perdido o de un pago similar por el mismo período por el cual la RRB esté pagando beneficios.
3. Personas o compañías nombradas por el reclamante como siendo responsables por el pago de indemnizaciones por la misma lesión o enfermedad por la cual la RRB esté pagando beneficios de enfermedad.
4. El Servicio de Impuesto de Renta para el uso en la administración de leyes acerca del Impuesto Federal.
5. Una agencia de cobro, la Oficina General de Contabilidad, el Departamento de la Justicia, o el Servicio del Impuesto de Renta para el cobro de un sobrepago.
6. Empleadores o compañías de seguros para el uso en la administración de planos de beneficios suplementales o de seguros médicos.
7. Agencias encargadas de cumplir con la ley y el Departamento de la Justicia para investigar y enjuiciar una violación de la ley.
8. Empleadores para verificar el derecho de recibir beneficios y para proveer notificaciones acerca de determinaciones hechas sobre el pago de beneficios.
9. Agencias Estatales de desempleo para verificar el derecho de recibir beneficios.

Además de las informaciones las cuales puedan ser divulgadas rutinariamente, ninguna otra información acerca de su reclamación podrá ser divulgada sin su permiso.

Notificación Sobre la Ley Acerca de la Privacidad

Para recibir beneficios por motivo de enfermedad, Ud. deberá solicitar por ellos y proveer informaciones. Las

El Aparejamiento por Computadores y la Notificación Sobre la Ley Acerca de la Protección de la Privacidad

Además de los usos de informaciones descritos en la Notificación Sobre la Ley Acerca de la Privacidad precedente, informaciones proveídas por Ud. podrán ser usadas, sin su permiso, en programas automatizados de aparejamiento. Tales programas de aparejamiento consisten de una comparación hecha a través de computadores de los archivos de la Junta de Jubilación Ferroviaria con los archivos mantenidos por otras agencias Federales o agencias gubernamentales Estatales o municipales. Las informaciones de tales programas de aparejamiento podrán ser usadas para establecer o verificar la elegibilidad de una persona en lo que toca a pagos de beneficios y para el repago de beneficios o deudas delincuentes.

¿Que es lo que son Programas de Aparejamiento por Computadores?

Programas de aparejamiento por computadores comparan nuestros archivos con los de otras agencias Federales, Estatales o agencias gubernamentales locales. Todas las agencias podrán usar programas de aparejamiento para averiguar, descubrir o probar que una persona esté calificada para recibir pagos de beneficios pagados por parte del Gobierno Federal.

¿Como es que Programas de Aparejamiento por Computadores le Pueden Afectar a Ud.?

En formularios llenados por Ud., Ud. nos provee con datos acerca de Ud.. Algunas veces, nosotros averiguamos acerca de los datos proveídos por Ud. y otras personas. Nosotros usamos el aparejamiento por computadores para desempeñar tales averiguaciones. La ley nos permite utilizar este método de averiguación aunque Ud. no esté de acuerdo con ello. Nosotros también podremos ofrecer cualesquier datos acerca de Ud. a otras agencias gubernamentales para que así ellas puedan utilizarlos en sus programas de aparejamiento por computadores.

Notificación Sobre la Ley Acerca de la Reducción de Papeleo

Para poder recibir beneficios por motivo de enfermedad, Ud. deberá completar una solicitud y formulario(s) de reclamación(es). También, se le podrá pedir a Ud. que complete otros formularios. Algunos de tales formularios vienen listados abajo bien como las estimaciones acerca de cuanto tiempo creemos que le llevará a Ud. para completarlos. Las estimaciones incluyen el tiempo necesario para revisar las instrucciones, para obtener las informaciones necesarias y para revisar el formulario completado. Agencias Federales no podrán efectuar ni patrocinar y los respondedores no estarán obligados a proveer la colecta de informaciones a no ser que la solicitud contenga un número válido del "OMB." En caso de que Ud. así lo desee, Ud. podrá enviar sus comentarios acerca de la exactitud de nuestras estimaciones u otros aspecto acerca de los for-

mularios, incluyendo sugerencias acerca de como reducir el tiempo para completarlos al: Chief of Information Resources Management, Railroad Retirement Board, 844 North Rush Street, Chicago, Illinois, 60611-2092. Asegúrese de haber incluido el título del formulario y el número de control (en paréntesis) con sus comentarios.

Formulario No.	Título	Tiempo Estimado Para Completar el Formulario (Minutos)
SI-1a	Solicitud para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad (3220-0039)	10
SI-1b	Declaración Acerca de una Enfermedad (3220-0039)	8
SI-3	Reclamación para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad (3220-0039)	5
SI-10	Declaración de Autoridad para Representar a un Empleado (3220-0034)	6
ID-7h	Notificación Acerca de no Tener el Derecho para Recibir Beneficios por Motivo de Enfermedad e Informaciones Acerca de Beneficios de Desempleo (3220-0039)	5

No-Discriminación Tomándose en Cuenta una Incapacitación

Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y las regulaciones de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB), ninguna persona calificada podrá ser discriminada tomándose en cuenta una incapacitación. Los programas y actividades de la RRB deberán estar accesibles a todos los solicitantes y beneficiarios calificados, incluyendo aquellos quienes posean impedimentos visuales o auditivos. Personas incapacitadas necesitando ayuda (incluyendo ayuda subsidiaria o programas acerca de informaciones en formatos accesibles) deberán entrar en contacto con la oficina más cercana de la RRB.

Quejas alegadas acerca de algún tipo de discriminación por parte de la RRB, tomándose en cuenta una incapacitación, deberán ser llenadas dentro de 90 días por escrito, y registradas con el: Director of Administration, Railroad Retirement Board, 844 North Rush Street, Chicago, Illinois, 60611-2092. Preguntas acerca de derechos individuales bajo de esta regulación podrán ser dirigidas al: "Director of Equal Opportunity" (Director de Oportunidad Igual) de la RRB y enviadas a la misma dirección arriba mencionada.

Recordatórios Importantes

Requisitos para Registros - Para evitar la pérdida de beneficios, su solicitud para recibir beneficios deberá ser recibida por una oficina de la Junta de Jubilación Ferroviária (RRB) dentro de **10 días** a partir del primer día por el cual Ud. desee reclamar por beneficios. Sus reclamaciones por motivo de enfermedad deberán ser llenadas dentro de 30 días a partir del último día de la reclamación o 30 días a partir de la fecha en la cual le enviemos a Ud. el formulario por correo, cualquier que sea la última.

Año de Beneficios/Año Base - Un nuevo **año de beneficios** comienza en cada primer de Julio. La elegibilidad para recibir beneficios en un año de beneficios está basada en sus ingresos ganados en el año fiscal previo (**año base**). Por ejemplo, para calificarse para recibir beneficios en el año de beneficios comenzando en el primer de Julio de 2002, Ud. deberá haber ganado ingresos de \$2,625.00 en el año fiscal 2001, contando ingresos de no más de \$1,050.00 por mes.

Requisito del Período de Espera - Para poder satisfacer el requisito del período de espera de una semana, ningún beneficio será pagable por sus primeros 7 días de enfermedad en su primera reclamación en un período de enfermedad

continúa, a no ser que Ud. ya haya servido un período de espera en un año de beneficios. Aunque ningún beneficio le será pagable a Ud. por los primeros 7 días de enfermedad, Ud. deberá registrar una reclamación por días de enfermedad durante el período de espera; caso contrario, Ud. podrá perder beneficios por reclamaciones después del período de espera.

No Reclame por Beneficios por Días en los Cuales Ud. Llegue a Trabajar o Recibir Pago - Beneficios no le serán pagables a Ud. por cualquier día en el cual Ud. llegue a recibir un pago. Esto incluye sueldo pagados por servicios de reservista militar, trabajo completo o parcial para un empleador ferroviario o no-ferroviario o de trabajo por cuenta propia. Esto también incluye pago por motivo de vacaciones, pago por días de fiesta, pago por tiempo perdido, pago de garantía y otros de tipos de remuneración.

Derechos de reconsideración - Ud. podrá solicitar una reconsideración acerca de cualquier decisión hecha rehusándole el pago de beneficios. Una solicitud pidiendo una reconsideración deberá ser hecha por escrito dentro de un período de **60 días** a partir de la fecha de notificación por parte de la RRB indicando una decisión adversa.

Línea de Emergencia Sobre Fraude y Abusos

Llame la Línea de Emergencia gratis sobre Fraude y Abusos en caso de que Ud. alguna razón de creer que alguien esté recibiendo beneficios ferroviarios de desempleo o por motivo de enfermedad a los cuales él/ella no tenga tal derecho. La Línea de Emergencia fue instalada por el Inspector General de la Junta de Jubilación Ferroviária para recibir cualquier evidencia acerca de fraude o abusos de los programas de los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviária.

El número de la Línea de Emergencia Gratis es 1-800-772-4258. O Ud. también podrá enviar sus quejas por escrito a: RRB, OIG, Hot Line Officer, 844 North Rush Street, Chicago, Illinois 60611-2092. Le pedimos que no llame la Línea de Emergencia del Inspector General acerca de requisitos de elegibilidad, reclamaciones retardadas, o problemas similares. Tales problemas deberán ser dirigidos a la oficina regional más cercana de la Junta de Jubilación Ferroviária.

¿Sabía Ud. Que...?

Empleados Ferroviarios **no pagan** por su protección para recibir beneficios de enfermedad. Los fondos vienen de impuestos de nómina pagados por parte de los empleadores. Una **multa**, una **sentencia de encarcelamiento** y una **descali-**

ficación podrán ser impuestas sobre cualquier persona considerada culpable de haber retenido informaciones o de haber hecho **declaraciones** o **reclamaciones falsas** o **fraudulentas** con la finalidad de causar el pago de beneficios.

Application for Sickness Benefits

Section A Identifying Information

1. Employee's Name (First, Middle Initial, and Last) _____	2. Social Security Number _____															
3. Employee's Street Address, City, State and ZIP Code (Including Apartment Number) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">4. Date of Birth</td> <td colspan="2">5. Sex</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">Month</td> <td style="width: 20%;">Day</td> <td style="width: 20%;">Year</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Male</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Female</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	4. Date of Birth			5. Sex		Month	Day	Year	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female					
4. Date of Birth			5. Sex													
Month	Day	Year	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female												
6. Telephone Number (Include Area Code) () _____																

Section B Infirmity and Employment Information

7. Date You Became Sick or Injured _____

8. Date You Last Worked for a Railroad _____

9. Last Railroad Employer (Name of Company) _____

10. Location of Last Railroad Employment (City/State) _____

11. Last Railroad Occupation _____

12. Department _____

13. If you worked for a nonrailroad employer after the date shown in Item 8, complete Items A, B, and C, below. Otherwise, **go to Item 14.**

A. Last Nonrailroad Employer (Name of Company) _____

B. Last Occupation After Railroad Work _____

C. Date Last Worked After Railroad Work _____

Section C Accident and Insurance Information

14. Are you applying for sickness benefits because you were injured at work or have a work-related illness? Yes No

15. Have you filed or do you expect to file a lawsuit or claim against any person or company for personal injury?
 Yes - Complete Items A-D, below No - Go to Item 16

A. Furnish the name and complete address of the person or company.

Name _____

Address _____

City, State, ZIP Code _____

B. Give the place where the injury occurred. _____

C. Were you injured in an automobile accident? Yes No - Go to Item 16

D. If you were injured in an automobile accident, provide information about all the vehicles, *other than your own*, that were involved in the accident that caused your injury. Information about your vehicle and insurance company is not needed. If you need more space attach a separate sheet of paper.

Owner of Car (other vehicle)	Driver (other vehicle)
Name _____	Name _____
Address _____	Address _____
City, State, ZIP Code _____	City, State, ZIP Code _____
Insurance Company (other vehicle)	Policy Information (other vehicle)
Name _____	Policy Number _____
Address _____	Claim Number _____
City, State, ZIP Code _____	

Section D Claim for Sickness Benefits Information

- 16. Enter the earliest date you wish to claim sickness benefits.
17. Are you claiming all the days of sickness beginning with the date you entered in item 16?
18. Enter any dates that you do not wish to claim.
19. Enter the date you returned to work (if applicable).
20. You must complete all boxes to indicate if you have received or will receive any of the following payments for your days of sickness.

A. WAGES (Include Railroad and Nonrailroad Wages)

YES NO If "YES," show the dates for which you were paid in Month/Day/Year format below.

- Regular Wages
Vacation Pay
Holiday Pay
Military Reservist Pay
Wage Continuation Pay
Earnings from Self-Employment
Sick Pay from Your Employer

(but not payments supplementing Railroad Retirement Board (RRB) benefits. See Booklet UB-11)

B. GOVERNMENTAL PAYMENTS (Not RRB Sickness Benefits)

YES NO If "YES," enclose copy of award letter and complete Items 1 - 3 below.

- Sickness or Unemployment Benefits Under Any Other Law
Social Security Benefits
Railroad Retirement or Disability Annuity
Military Retirement Pay
Worker's Compensation
Retirement Payments Under Another Law
1. Beginning Date of Payment
2. Gross Amount of Payment \$
3. How often do you receive the payment?
Weekly Monthly Yearly
Other:

C. OTHER PAYMENTS

YES NO If "YES," complete Items 1 and 2.

- Settlement or Damages for Personal Injury
Advances
Separation Allowance (Buyout, Severance Pay)
1. Date of Payment
2. Paid By:

21. If the date you are submitting this form is more than 30 days after the date you entered in item 16, answer the following:

- A. Why did it take more than 30 days to submit this form?
B. How did you obtain this form?
C. Who provided this form to you?
D. On what date did you obtain the form?
E. Furnish the name and title of any person from whom you asked for help in completing and filing the forms.
NAME TITLE

Section E Direct Deposit Information

22. Benefits are normally paid by Direct Deposit to your bank, savings and loan, credit union, or other financial institution. To provide the information we need to correctly deposit your payments, attach a voided personal check and go to Item 23, or call your financial institution for the information you need to complete Items A-E. If you do not have a bank account, or receiving your payments by Direct Deposit would cause you a hardship, go to Item F.

- A. Routing Transit Number
B. Account No.
C. Account Type:
D. Name of Financial Institution:
E. Telephone No. (Include Area Code)
F. Check this box if you do not have a checking, or savings account, or if Direct Deposit would cause you a hardship.

Section F Certification and Signature

23. I waive any "doctor-patient privilege" I may have with respect to the disclosure of information concerning the period of sickness or injury on which my claim is based. I certify that I understand and agree to the requirements in Booklet UB-11. I know that disqualification and civil and criminal penalties may be imposed on me for false or fraudulent statements or claims or for withholding information to get benefits from the RRB. I affirm that the information given on this form is true, correct and complete. NOTE: If the sick or injured employee is unable to sign this form, sign your name above and complete Section 1 of the attached Form SI-10, Statement of Authority to Act for Employee.

SIGNATURE DATE

Statement Of Authority To Act For Employee

It is not necessary to complete this form for an employee who can sign papers or can sign by mark and understands transactions relating to his or her sickness benefits.

Instructions

1. Complete Section 1 and have the employee's medical doctor complete Section 2. If you are not related to the employee by blood or marriage, state your relationship and why no relative is acting for him or her. For example, an employee's union representative might explain: "I am his union chairman. He has no immediate family."
2. Complete this statement by following the instructions in the UB-11 booklet under "Instructions for Completing Forms, Statement of Authority to Act for Employee (SI-10)." Signing this statement gives you the authority to sign any claim forms on behalf of the employee. When signing claim forms use your full name, and beneath your signature, write "On behalf of" and the employee's full name.
3. Return this form with the next application or claim form you file with the RRB.

Section 1 Statement of Individual Acting for Employee

It is my belief that _____
(Employee's Name) (Social Security Number)

whose address is _____
(Employee's Address)

is at this time incapable of signing forms in connection with obtaining sickness benefits under the Railroad Unemployment Insurance Act; of transacting the necessary business relative to his or her application and claims for such benefits; and of applying the proceeds of any sickness benefit payments.

I believe the employee to be incapable because _____

(Briefly describe employee's condition)

My relationship to the employee is _____

I affirm that, in the transaction of business relating to the application and claims of this employee, including the use of any benefit payments, I will act on behalf of and in the best interest of the employee. I will promptly notify the RRB at such time as this employee's condition changes so that I need no longer act for him or her. I understand that criminal and civil penalties may be imposed on me for providing false, incomplete, or fraudulent statements, or for withholding information to cause the payment of benefits. I certify that, to the best of my knowledge, the information I have provided is true, complete, and correct.

Name (please print)	Signature			Phone Number ()
Street Address (please print)	City	State	ZIP Code	Date

Section 2 Statement of Employee's Doctor

I have examined the employee named above and find that he/she is incapable of signing forms and transacting business relative to his/her claims for sickness benefits under the Railroad Unemployment Insurance Act.

Name of Doctor (please print)	Signature of Doctor				
Office Street Address (please print)	City	State	ZIP Code	Date	
Tax Identification Number					

Official Business

Penalty for Private Use \$300